



**INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR KUNST, GESTALTUNG UND THERAPIE
INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR ART, CREATIVITY AND THERAPY (IAACT)
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE L'ART-THERAPIE
ASSOCIAZIONE INTERNAZIONALE PER L'ESPRESSIONE ARTISTICA NELLA
THERAPIA**

Mitteilungsblatt der IGKGT/IAACT

1/2006

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Bericht der 1. Vorsitzenden	3
Ankündigung Jahrestagung Berlin	4
Behandlung angeborener Herzfehler von 0-100 Jahren - Historische Entwicklung und heutige Möglichkeiten von Jan-Hendrik Nürnberg	5
Künstlerische Therapien - eine innovative Kraft für die Heilkunde von Peter Petersen	7
Leitlinie für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen	14
Einladung Mitgliederversammlung	16
Bücher und Rezensionen	17
Informationen	19
Veranstaltungskalender 2006	22
Anmeldeformular Berlin	24

Adresse:
IGKGT/IAACT, Frau Bea Känzig, Rümelinbachweg 20, CH-4054 Basel
Tel. +41 61 281 21 32, Fax +41 61 281 21 53
Web-Adresse: www.igkg-t-iaact.ch
e-mail: igkg-t-iaact@igkg-t-iaact.com

ISSN-Nummer: 1012-0432

Sehr geehrte, liebe Mitglieder der IGKGT

Noch bevor die Sommerferien anbrechen und die Fußball WM 2006 in Deutschland abgeschlossen sein wird, möchten wir Ihnen einen Ausblick auf die kommende Jahrestagung der IGKGT in Berlin geben. Wir werden uns zwar nicht unmittelbar dem „Ballspiel“ anschließen, sondern vom 29. September bis zum 1. Oktober 2006 die 15. Jahrestagung an der Humboldt Universität und der Alice-Salomon-Fachhochschule in Berlin abhalten. Das Thema lautet diesmal:

„Grenzüberschreitungen“ Bewusstseinswandel und Gesundheitshandeln

Das Tagungsprogramm liegt diesem Mitteilungsblatt bei. Zudem finden sie ein weiteres Anmeldeblatt im Heft. Diesmal hat das vieldeutige Bild zum Tagungsprogramm die Künstlerin Berit Molau dankenswerterweise zur Verfügung gestellt. Es zeigt drei Bewegungsphasen: die sitzende, die schreitende und die fliegende Gestalt. Als Tagungsbild mag es einleitend zu eigenen Assoziationen ermuntern, was die Thematik „Bewusstseinswandel und Gesundheitshandeln“ betrifft. In dem Ausdruck „Grenzüberschreitungen“ liegt gleichfalls eine Mehrdeutigkeit. Angesichts gesellschaftlicher Tabubrüche im Normen- und Wertesystem möchten wir dagegen eine positive Setzung im Umgang mit Krankheit und Gesundheit ansprechen. Eine Mobilisation von Ressourcen in der Überschreitung innerer Grenzen und der Entdeckung von Neuanfängen verweist auf einen anderen Zugang im Selbsterleben. Eine Vorstellung nationaler und internationaler Forschungsergebnisse und ein reichhaltiges Workshop-Programm bieten Angebote für ein breites Publikum. Dazu möchten wir Sie herzlich einladen und hoffen auf Ihre rege Teilnahme.

Dem Mitteilungsblatt sind wieder einige Referate von der Regionaltagung in Bremen zum Thema „Das Herz im Mittelpunkt der Therapie“ im November 2005 beigelegt. Dr. Jan-Hendrik Nürnberg als Veranstalter vom Klinikum Links der Weser in Bremen hat einige thematische Schwerpunkte zur Behandlung angeborener Herzfehler aus historischer Sicht und bezogen auf heutige Möglichkeiten umrissen. In der Erörterung der innovativen Kraft Künstlerischer Therapien für die Heilkunde hat Prof. Dr. Peter Petersen den Aspekt der Beziehung hervorgehoben. Weiterhin haben Prof. Dr. Barbara Wichelhaus und Dr. Harald Gruber das Ergebnis des Konsensus-Workshops der Deutschen Rentenversicherung (DRV) vom Januar 2006 in Berlin zur Verfügung gestellt. Demzufolge werden die Künstlerischen Therapieformen als essentiell angesehen und sollten im Sinne einer Leitlinie für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen „2-3 Stunden pro Woche und insgesamt 5 Mal pro Reha für mindestens 25% der Mamma Ca Patientinnen pro Einrichtung angeboten werden“. Mit diesen Vorschlägen der Expertenkommission ist sicherlich ein weiterer Schritt in Richtung zu einer ganzheitlichen Begleitung von Patienten in der Rehabilitation gemacht. Ein weiterer Lichtblick ist, dass mit der ergänzenden Anerkennung in der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) des Deutschen Rentenversicherungsträgers von 2006 Künstlerische Therapien in der Rehabilitation mit F15, F16 und G04 gesondert erfasst werden.

Im Hinblick darauf ist das Tagungsthema zum Bewusstseinswandel und Gesundheitshandeln unter dem Aspekt der Grenzüberschreitungen positiv wahrzunehmen. Es geht tatsächlich um ein Umdenken und um Neuanfänge in dem Verstehen und im Umgang mit Erkrankung. Dazu soll die Tagung mit dem vielschichtigen Programm von Vorträgen und Workshops ein breites Spektrum vermitteln. Die Teilnahme vieler internationaler Gäste ermöglicht es, über eigene nationale Grenzen hinauszublicken und im gemeinsamen Diskurs zu einem vitalen Austausch zu gelangen.

Im Rahmen der Tagung werden wir wieder eine Mitgliederversammlung abhalten, auf der der Vorstand neu gewählt werden muss. Wir bitten um Ihr zahlreiches Erscheinen und Ihre konstruktive Mitarbeit. Es ist uns ein Anliegen, dass mit dieser Tagung ein öffentliches Forum für die Künstlerischen Therapien entsteht und begrüßen Ihre Anregungen.

Ruth Hampe

„Grenzüberschreitungen“

Bewusstseinswandel und Gesundheitshandeln



**15. Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft
für Kunst, Gestaltung und Therapie (IGKGT/IAACT)**

**vom 29.9. – 1.10.2006 in Berlin
an der Humboldt Universität und Alice-Salomon-Fachhochschule
in Kooperation mit der Kunsthochschule Berlin-Weißensee**



Alice Salomon
FACHHOCHSCHULE BERLIN
University of Applied Sciences



Behandlung angeborener Herzfehler von 0-100 Jahren - Historische Entwicklung und heutige Möglichkeiten

Jan-Hendrik Nürnberg

Thema der Regionaltagung:

Das Herz im Mittelpunkt der Therapie

Ausnahmesituation, Streßverarbeitung und künstlerische Therapien

Angeborene Herzfehler gehören zu den häufigsten angeborenen Fehlbildungen im Kindesalter. Pro Jahr werden in Deutschland ca. 6.000 Kinder mit Herzfehlern geboren. Auch für die komplexesten Herzfehler bestehen heute gut strukturierte Behandlungskonzepte. Ca. 85% der Kinder erreichen das Erwachsenenalter.

Historisches:

Einzelne Erstbeschreibungen angeborener Herz- und Gefäßfehler gehen in die zweite Hälfte des 18. Jahrhunderts zurück. Deutliche Fortschritte sind jedoch erst am Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts erzielt worden. Mitte des 20. Jahrhunderts erfolgten die ersten Operationen (Korrektur einer Aortenisthmusstenose 1944 durch Crafoord und Nylin) und die ersten Korrekturen von Vorhofseptumdefekten ab 1948, mit Herz-Lungen-Maschine ab 1954. Die ersten katherinterventionellen Vorhofseptumdefektverschlüsse sind seit 1976 (Mills und King) unternommen worden.

Meilensteine:

Die wichtigen Meilensteine der Entwicklung stellen die Technik der Herzkatheterisierung seit Ende der 40er Jahre des 20. Jahrhunderts, die Entwicklung der Herz-Lungen-Maschine Anfang der 50er Jahre und die routinemäßige Anwendung der Elektrokardiographie. Die Echokardiographie, d. h. die ultraschallgestützte Untersuchung des Herzens, die heute aus der Routine des täglichen Alltags nicht mehr weg zu denken ist, entwickelte sich seit den spätern 70er Jahren. Der erste voll implantierbare Schrittmacher, zur Verhinderung eines zu langsamen Herzschlages, wurde 1958 implantiert. Das heutige Verständnis für angeborene und erworbene Herzrhythmusstörungen und deren katheterbasierte Behandlungsmöglichkeiten sind erst in den letzten 15 Jahren entwickelt worden. Extracorporale Herzunterstützungssysteme, die es ermöglichen, einen Menschen mit versagendem Herzen passager, bis zu einer möglichen Herztransplantation, zu stabilisieren, werden erst seit gut 10 Jahren routinemäßig eingesetzt. Die Herz- und Herz-Lungen-Transplantation vor dem Hintergrund komplexer Herzfehler ist noch ein sehr neues Gebiet.

Therapie der angeborenen Herzfehler heute:

Die Therapie der angeborenen Herzfehler hat sich durch die erheblich verbesserten diagnostischen Möglichkeiten sowie das ausgeprägt bessere Verständnis der Pathophysiologie der unterschiedlichen Herzfehler, einschließlich des Verständnisses der perinatalen Adaptation, signifikant verbessert. Häufig sind Herzfehler heute bereits pränatal diagnostiziert und die Kinder werden dann in einer Umgebung geboren, die eine sofortige intensivmedizinische Überwachung mit allen Möglichkeiten der katheterinterventionellen und herzchirurgischen Behandlung sicherstellt. Die Herzchirurgie auch komplexer angeborener Herzfehler spielt sich heute in der Regel in den ersten drei Lebensjahren ab. Danach werden die kleinen Kinder meist nur ambulant kontrolliert. Bei einzelnen Herzfehlern ist im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter eine elektive Reoperation meist nicht zu vermeiden.

Herzoperationen:

Mit der Entwicklung der Herz-Lungen-Maschine gelang es zunehmend, auch angeborene Herzfehler korrigierend zu operieren. Vor dieser Aera konnte insbesondere auch bei komple-

xen Herzfehlern häufig keine Hilfe angeboten werden. Über die Jahre ist jedoch die Erfahrung der Herzchirurgie angeborener Herzfehler so groß geworden, dass heute in der Regel im 1. Lebenshalbjahr eine definitive Korrektur eines Herzfehlers erreicht wird, um die Zeiten der kardialen Fehlbelastung möglichst gering zu halten. Selbst für sehr komplexe Herzfehler, mit z. T. nur einer funktionierenden Herzkammer, gibt es ein strukturiertes dreischrittiges Operationskonzept, das meist mit Beginn des 4. Lebensjahres abgeschlossen ist.

Herzkatheterbasierte Therapie:

Bis vor wenigen Jahren wurde die Herzkathetertechnik, auch bei angeborenen Herzfehlern, überwiegend zur Diagnosestellung benötigt. Mit der Verbesserung der Ultraschalltechnik hat sich dieses deutlich verschoben. Seit gut 20 Jahren bestehen zunehmend therapeutische Möglichkeiten. So können heute routinemäßig verengte Herzklappen oder verengte Gefäße mit Kathetertechniken geweitet werden. Bestimmte Vorhofseptumdefekte (Löcher in der Vorkammerscheidewand) können heute routinemäßig mit Herzkathetertechniken durch Implantation von Schirmchen erfolgreich verschlossen werden und ersparen dem Patienten eine Herzoperation. Zusätzliche Gefäße, Kurzschlußverbindungen oder auch chirurgisch angelegte gewollte Verbindungen können heute katheterinterventionell mit verschiedenen Metallspiralen oder Schirmchen elektiv verschlossen werden. Viele dieser Verfahren sind in Lokalanästhesie, bei schlafendem Kind ohne Beatmungsnotwendigkeit, möglich. Mit den verbesserten Materialien ist es aber insbesondere gelungen, bei kritisch kranken Neugeborenen erfolgreich therapeutisch mit dem Katheter aktiv zu werden und die Kinder aus häufig vital bedrohlichen Situationen zu retten. Zunehmend werden chirurgische Konzepte und katheterinterventionelle Behandlungsmöglichkeiten kombiniert, um für den Patienten einen möglichst günstigen Verlauf zu erzielen (Hybrid-Therapie).

Aufgaben für die Zukunft:

Natürlich wird weiterhin viel Arbeit für die Verbesserung der chirurgischen Möglichkeiten, die Reduktion perioperativer und periinterventioneller Komplikationen und die Verbesserung der intensivmedizinischen Möglichkeiten notwendig sein. Trotzdem besteht schon heute eine Überlebensrate von gut 85%. Pro Jahr werden in Deutschland ca. 4000 - 5000 Jugendliche mit einem angeborenen Herzfehler das Erwachsenenalter erreichen. Eine neue Patientengruppe wächst heran: *EMAH = Erwachsene mit angeborenen Herzfehler*.

Für diese Patienten müssen nicht nur in Deutschland, sondern weltweit Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Es handelt sich um ein sehr inhomogenes Patientengut. Es setzt sich aus verschiedenen Gruppen zusammen. Die *EMAH von heute* sind die Kinder von gestern. Es handelt sich häufig um Einzelfälle, bei denen nur ein individuelles chirurgisches Vorgehen das Überleben ermöglicht hat. Die *EMAH von morgen* sind die Kinder von heute. Sie wurden überwiegend in den ersten Kindesjahren standardisiert therapiert. Sie haben deutlich geringere Zeiten der kardialen Fehlbelastung und sind alle regelmäßig nachuntersucht, um rechtzeitig relevante Änderungen zu erkennen und zu behandeln. Viele der Patienten haben heute eine gute Lebensqualität, unterscheiden sich jedoch von Herzgesunden durch ein unterschiedliches Ausmaß einer chronischen Herzinsuffizienz mit daraus resultierender Einschränkung der kardiopulmonalen Belastbarkeit und Ausdauer. Die Schul- und Berufsausbildung mit nachfolgender Integration dieser Patienten in den Arbeitsmarkt stellt eine ganz besondere Herausforderung dar.

Spezialisten für angeborene Herzfehler brauchen wir zur Betreuung dieser komplexen Patientengruppe. Die Kernkompetenz liegt heute überwiegend in der Hand weniger Zentren und bei einzelnen kinder-kardiologischen Kollegen. In der Zukunft müssen interdisziplinäre Behandlungskonzepte erarbeitet werden, um die komplexen Fragestellungen und Probleme dieser speziellen und schnell wachsenden Patientengruppe zu lösen.

Dr. med. Jan-Hendrik Nürnberg, Leitender Arzt Abt. für Angeborene Herzfehler/
Kinderkardiologie, Klinikum Links der Weser, Bremen

Künstlerische Therapien – eine innovative Kraft für die Heilkunde

von Peter Petersen

Vortrag auf der Regionaltagung der Deutschen Sektion der internationalen Gesellschaft für Kunstgestaltung und Therapie, 19. November 2005, Universität Bremen; die Tagung trug den Titel „Das Herz im Mittelpunkt der Therapie“.
Erweiterte Fassung des Vortrages als Autoreferat

I Die umfassende Vielheit Künstlerischer Therapien als ein Weg zu den Ursprüngen (Innovation)

Mit dem Begriff Künstlerischer Therapien meine ich alle reflektierten Therapieformen, die sich nach bestimmten Prinzipien richten. Diese strikten Prinzipien sind kurz gefasst: Die therapeutische Beziehung mit dem unbedingten Respekt vor der Person des Patienten (dabei ist vorausgesetzt eine intensive Ausbildung, auch mit Hilfe von langjähriger Selbsterfahrung des Therapeuten); die unbedingte Wahrnehmung des autonomen therapeutischen Prozesses, der manipulationsfrei sein muss; die Vielfalt sinnlicher Wahrnehmungen. Durch diese drei Prinzipien ist die heute große Vielfalt Künstlerischer Therapien zugleich auch eingeschränkt. Künstlerische Therapien erscheinen z. B. als Musik-, Tanz-, Kunst- und Leibtherapien. Ich rechne jedoch auch die Psychotherapien dazu, insofern als das Wort als ein künstlerisches Medium verstanden werden kann. Künstlerische Therapien leiten sich einerseits her aus den klassischen Künsten, wie sie im Abendland in zwei Jahrtausenden entstanden sind. Andererseits ist ihre Herkunft ethnologischer Art, mit Einflüssen aus Afrika, Südamerika und Asien.

Mit Künstlerischen Therapien ist die Chance gegeben, alte Prinzipien der Heilkunde zu erneuern. Darin liegt der Innovationsimpuls. Heilkunde umfasst ein viel größeres Gebiet als die gegenwärtige klassische Medizin, wie sie etwa seit 1830 entstanden ist. Als Wissenschaft verstanden gehorcht die gegenwärtige klassische Medizin überwiegend oder fast nur dem Prinzip der mechanischen Kausalität und der höchst eingeschränkten Sinneswahrnehmung, die sich als einäugig farbenblindes Sehen bezeichnen lässt. Dabei basiert das ärztlich-medizinische Urteil fast nur noch auf computergestützten statistischen Daten. Insofern hat sich die klassische Medizin in ganz erheblichem Maße eingengt und reduziert. Dagegen bieten die Künstlerischen Therapien grundsätzlich eine unglaubliche Innovationskraft zur Erweiterung und Intensivierung der gegenwärtigen Heilkunde. Grundsätzlich ist die klassische Medizin lediglich als ein reduzierter Teil der gesamten Heilkunde anzusehen. Dabei bin ich mir darüber klar, dass diese Definition von mir der gegenwärtig herrschenden Meinung in der Medizin und auch dem Allgemeinverständnis von Heilkunde nicht entspricht. Jedoch muss die gegenwärtige gesellschaftliche Realität nicht eine gediegene Zukunftsprognose abgeben.

Diese Erneuerung alter Prinzipien der Heilkunde fußt auf Ideen, wie sie in der so genannten hippokratischen Medizin in der Zeit etwa 300 v. Chr. bereits entwickelt worden sind. Damals wurde die Heilkunde bestimmt durch fünf Prinzipien, die ich etwas ausführlicher zitieren möchte:

1. Die Heilkunst zeichnet sich durch behutsame Vorgehensweisen aus. Unnötige, zumal schädigende und gewaltsame Eingriffe mit massiven Nebenwirkungen werden vermieden. Ökologische Schäden an Mensch und Kosmos gibt es entweder nicht oder kaum. Heute so genannte sanfte Technologien werden praktiziert.

2. Auf Grund der Sinneswahrnehmungen forscht der Arzt nach ganz verschiedenartigen Ursachen, auch nach solchen seelisch-geistiger Art. Die Betonung von Sinne und Sinnlichkeit, wie in Bewegung, Musik, Tanz und Malerei, lässt auch die Seele und den Geist als wesentlich erscheinen.

3. Heilung ist ein Transformationsprozess von krankheitsimmanenten Phasen (im Gegensatz zur modernen biotechnologischen Auffassung mechanischer Abläufe). Der immanente Prozess wird gefördert und nicht abgeblockt. Wesentlich ist das Prozessdenken.

4. Im Sinne dieses Denkens in Prozessen ist der Arzt für den Patienten ein „Führer zum Unbekannten“; im Unbekannten wird das Offensein, für eine unkalkulierbare Zukunft angesprochen. Dabei erscheint das dialogische Prinzip als Grundlage der Arzt-Patienten-Beziehung. Das steht im Gegensatz zum definierten Zweck heutiger Zeit (z. B. von Arbeits- und Genussfähigkeit) oder einer statistisch ermittelten Prognose der modernen biotechnischen Medizin.

5. Eine umfassende, philosophisch durchwirkte, künstlerische Anthropologie ist der Grundbestand der ärztlichen Ausbildung und der ärztlichen Kunst. Selbstbescheidung ist eine hervorstechende Eigenschaft des Arztes.

Dieses hippokratische Verständnis von ärztlichem Handeln und ärztlicher Haltung hatte seine auch wissenschaftliche Legitimation bis an den Anfang des 19. Jahrhunderts. Dann verfiel es zunächst der Verdrängung, wurde aber am Ende des 19. Jahrhunderts zunächst durch die Psychoanalyse Sigmund Freuds reaktiviert. Daran schloss sich eine intensive Dynamik an, die auch in Künstlerischen Therapien ihren Ausdruck fand (Petersen 1992).

II Ein Beispiel aus der Musiktherapie

Die Musiktherapeutin Dagmar Gustorff, seinerzeit Direktorin des Institutes für Musiktherapie der Universität Witten-Herdecke führte Anfang der neunziger Jahre auf der Intensivstation der Universitätsklinik Münster eine grundlegende und wesentliche Untersuchung durch. Sie arbeitete musiktherapeutisch mit komatösen Patienten auf der Intensivstation. Diese Erfahrungen hat sie unter anderem niedergelegt in ihrem Buch „Jenseits des Wortes“.

„Musik beginnt da, wo das Wort unfähig ist, auszudrücken. Musik wird für das Unaussprechliche geschrieben“. Frau Dagmar Gustorff zitiert mit diesem Ausspruch Claude Debussy (französischer Komponist von 1862 bis 1918) und schreibt: „Was vielleicht zunächst wie romantische Fantasie klingen mag, hat sich in dem Bemühen um Begleitung von und Begegnung mit Menschen im Koma immer wieder sehr alltäglich und unromantisch bewahrheitet.“

Wie war das praktische Vorgehen der Musiktherapeutin? Dagmar Gustorff besuchte mehrmals wöchentlich ihre auch tief komatösen Patienten auf der Intensivstation, sang oder summt mit ihnen möglichst im Atemrhythmus der Patienten, wenn möglich anknüpfend an die dem Patienten bekannte Lieder und Rhythmen. Diese musiktherapeutische Beziehungnahme dauerte jeweils maximal 20 Minuten. Sie fand statt inmitten des Lärms einer Intensivstation. In der Regel umfasste diese musiktherapeutische Begleitung maximal 20 bis 30 Behandlungen. Gleichzeitig mit der musiktherapeutischen Intervention wurden medizinische Parameter wie Herzfrequenz, Atemfrequenz, EKG gemessen. Statistisch gesehen wachten die Patienten schneller auf und sie benötigten weniger Medikamente.

Als Beispiel sei ein 52 Jahre alter Patient zitiert, der 13 Sitzungen Musiktherapie hatte. Er wurde komatös nach einer Herztransplantation und musste zunächst kontrolliert-assistiert beatmet werden. Aus der Anamnese war bekannt: Selbstständiger Geschäftsmann. Einziges Hobby: Reisen. Der Patient war amüsiert, es gab keine Theater- oder Konzertbesuche. Der Patient hörte keine Musik. Er führte ein leistungsorientiertes Leben.

In der 13. Musiktherapiesitzung ist der Patient wach, sitzt in einem Sessel. Die Therapeutin bringt ein kleines, pentatonisch gestimmtes Saiteninstrument mit, auf dem der Patient mit minimalem Kraftaufwand zupfend Töne hervorbringen kann. Die Therapeutin singt dazu, sodass er eine ihm gut bekannte musikalische Erfahrung mit dem ihm neuen, selbst hervorgebrachten Klängen erleben kann. Die beiden gestalten gemeinsam 2-3-minütige Spielphasen, die dem Patienten Freude machen, wie er mit den Lippen formend zu verstehen gibt.

In der Nachbefragung des Patienten durch einen Psychologen gibt der Patient zu Protokoll: Im Koma habe er die Intensivstation als im höchsten Maße bedrohlich erlebt. Er habe das Gefühl gehabt, er befände sich auf einem Schlachtfeld und müsse sich tot stellen, um nicht von umhermarodierenden Rittern getötet zu werden – damit ist nach Ansicht des Psychologen das Behandlungspersonal gemeint. In seiner Verkennung der Situation deutete er die rote Blutdruckmanschette über dem Krankenbett als Feuerlöscher, das Hämofiltrationsgerät als Bombe, die ständig zu explodieren drohe. Die Kontaktaufnahme durch die Musiktherapeutin, ihre persönliche Ansprache bedeuteten für ihn – so die Worte des Patienten – „neues Leben“. Er erkannte, dass er „nicht mehr umgebracht, sondern am Leben erhalten werden sollte“. Die bedrohlich und qualvoll erlebte Stimmung der Selbstaufgabe löste sich auf, der Patient entschied sich für das Leben. Während er in den ersten Musiktherapiesitzungen die improvisierte Melodie nicht als von einer menschlichen Stimme hervorgebracht erinnerte, erkannte er später die weibliche Singstimme und wartete von da an auf „das Mädchen“ (gemeint ist die Therapeutin). So weit die Nachbefragung.

III Prinzipielle Folgerungen aus dieser musiktherapeutischen Forschung

Vier grundsätzliche Folgerungen lassen sich aus der musiktherapeutischen Erfahrung von Frau Gustorff ablesen: Personale Beziehung; Intensivierung und Erweiterung der Sinneswahrnehmung, psychosomatische Tiefenwirkung; Ressourcenfreundlichkeit als ökologisches Prinzip. Als Motto dieser musiktherapeutischen Erfahrung lässt sich auch der Satz Victor von Weizsäckers zitieren „**Der Leib ist klüger als das Bewusstsein**“. Das heißt, dass unser psychosomatischer Organismus viel umfassender ist, als nur die bewusste Wahrnehmung und die bewusste Verarbeitung von Wahrnehmung.

Ich möchte diese prinzipiellen Folgerungen nun kurz gliedern.

1. Zur personalen Beziehung:

Dabei ist Wert zu legen darauf, dass es sich keineswegs hier in erster Linie um eine Übertragungsbeziehung handeln kann. Viel mehr ist deutlich, dass eine tiefer gehende Beziehung, die in der Literatur als Begegnung und als Fluss bezeichnet wird, wirksam ist. Entscheidend ist, dass offenbar die Ich-Du-Beziehung, wie sie tragend ist für die Begegnung und für den Fluss, auch im Koma wirksam ist. Denn sonst hätte der Patient die ordnende Kraft dieser Beziehung später nicht in den äußerst anschaulichen Worten erinnern können: Er fühlte sich im Chaos und wurde in diesem Chaos geleitet durch die Stimme der Therapeutin. Kurz gesagt kann heute die personale therapeutische Beziehung gegliedert werden in vier Dimensionen: Der äußere Rahmen mit bestimmten rationalen Verabredungen; die von der Psychoanalyse im letzten Jahrhundert beschriebene Beziehung von Übertragung und Gegenübertragung sowie die umfassende Welt der Archetypen; die unmittelbare Begegnung von Ich und Du, wie sie anthropologisch durch Martin Buber beschrieben wurde; und der wissenschaftlich noch wenig beschriebene Fluss als fundierende Beziehungskomponente.

2. Die Intensivierung und Erweiterung der Sinneswahrnehmungen lässt sich heute in 12 Gebiete gliedern. Dabei liegt zu Grunde der Gedanke der Spezifität einer Wahrnehmung, der Unmittelbarkeit einer Wahrnehmung und der Intentionalität des Wahrnehmenden.

Neben den üblicherweise bekannten Wahrnehmungsgebieten, wie sie auch in der Physiologie beschrieben werden, kommen vor allem hinzu zwei Wahrnehmungsgebiete, wie sie durch die Wissenschaften in den letzten 80 Jahren beschrieben wurden: Die Gestaltwahrnehmung, das heißt die Wahrnehmung von Ganzheiten (die sich unter anderem auch in der Wahrnehmung von Begriffen äußert); und die Ich-Du-Wahrnehmung, wie sie am Beispiel dieses Patienten besonders deutlich geworden ist. Entscheidend ist, dass die jeweilige sinnliche Wahrnehmung durch die therapeutische Intervention intensiviert wird. Ich möchte in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass es sich keineswegs um eine elektronisch erzeugte Reaktion des Organismus handelt, sondern um unmittelbare sinnliche Wahrnehmungen. In diesem Zusammenhang möchte ich hinweisen als wissenschaftliche Grundlage auf die „Phänomenologie der Wahrnehmung“ des französischen Philosophen Merleau-Ponty (s.a. Petersen, 1993).

3. Deutlich ist die psychosomatische Tiefenwirkung: Ein Patient wacht schneller auf, als das durchschnittlich zu erwarten ist und er braucht weniger Medikamente. Das lässt darauf schließen, dass die therapeutische Wirkung eine umfassende psychosomatische und auch vegetative Wirkung hat. Die Mechanismen dieser Wirkung sind gewiss im Einzelnen noch zu erforschen. Tatsache aber ist, dass diese Tiefenwirkung überhaupt besteht. Diese Tiefenwirkung ist auch aus anderen Therapiedisziplinen wie Psychotherapie, Maltherapie, Bewegungstherapie bekannt.

4. Ressourcenfreundlichkeit:

Angesichts immer knapper werdender ökologischer Ressourcen kommt hier den Künstlerischen Therapien eine grundsätzliche Bedeutung zu. Im Falle des komatösen Patienten deutet die Einsparung von Medikamenten darauf hin. Aber die Auswirkungen Künstlerischer Therapien können viel umfassender sein. Die nach dem Prinzip der mechanischen Kausalität eingesetzten umfassenden und zahlreichen Mittel der klassischen Medizin können zumindest reduziert, wenn nicht sogar ersetzt werden durch Verfahren der Künstlerischen Therapien. Künstlerische Therapien arbeiten immer mit den Ressourcen, die im Menschen vorhanden sind. Und sie sparen die immer knapper werdenden biologischen und materiellen Ressourcen, die heute als Hilfsmittel in der klassischen Medizin fast ausschließlich benutzt werden. Dieses ökologische Denken hat natürlich auch einen Akzent auf dem Gebiet der Energieeinsparung. Denn es wird immer in Künstlerischen Therapien mit Energien gearbeitet, die autonom durch die menschliche Interaktion hervorgebracht werden – dies sind im simplen Fall auch Wärmeenergien.

Aus solchen Folgerungen heraus dürfte ersichtlich sein, dass Künstlerische Therapien für die Zukunft eine unglaubliche Bedeutung haben. Natürlich hängen die Entwicklung und der Einsatz Künstlerischer Therapien vor allem auch jetzt von umfassenden und eingehenden Forschungen ab.

IV Transformation, ein autonomer, innen geleiteter, organismusgesteuerter Prozess

Dieses Prinzip des therapeutischen Prozesses kommt auch in dem Beispiel von Dagmar Gustorff zum Ausdruck, ist hier aber weniger betont worden. Grundsätzlich handelt es sich beim therapeutischen Prozess nicht um manipulative, von außen gesteuerte Veränderungen oder um den Ersatz von organismuseigenen Teilen, Substanzen, Gliedern oder Kräften. Vielmehr wird der therapeutische Prozess innerhalb der intensiven therapeutischen Beziehung angestoßen und ermöglicht, nicht aber manipuliert. Es lassen sich bestimmte Phasen beim therapeutischen Prozess unterscheiden, nämlich das Chaos, der bewusste Verzicht, die Ankunft des Neuen und die neue Kommunikation.

Als Beispiel schildere ich Ihnen kurz die Geschichte einer Maltherapie. Elke Borchert, eine etwa 40-jährige Frau, verheiratet, Mutter von zwei Kindern, arbeitete sechs Jahre mit der Maltherapeutin Margareta Küwen. Posthum wurde auf Wunsch der Patientin das Buch „Heilendes Malen“ mit ihren Bildern publiziert. Die gelernte Bauzeichnerin Elke Borchert

malte zuerst ziemlich naturalistisch (Bild 1), bis ihr die Krebsdiagnose Morbus Hodgkin gestellt wurde. In dieser Zeit verwandelte sich das Malen inhaltlich und formal. Das Selbstbild aus dem Jahre 1991 zeigt etwas von der Trauer, der Verzweiflung, aber auch der Wahrheit, wie es im Gedicht der Patientin zum Ausdruck kommt (Bild 2).



Bild 1



Bild 2

Krebs

Du fragst mich, wie es mir geht?

Ich sage: „Gut!“

Willst du die Antwort wissen!

Kannst du sie ertragen?

Frage mich nicht.

Sieh mich an,

sei offen

Du siehst die Wahrheit.

Ein spätes Bild, wenige Monate vor ihrem Tode im Jahre 1996 gemalt, bringt wiederum eine tiefgehende inhaltliche und formale Transformation zum Ausdruck. In dem Bild „Bewegung im Herzen“ wird personale Beziehung gestaltet und die Farben werden transparent (Bild 3).



Bild 3

Kurz vor ihrem Tod schreibt Elke Borchert diese Verse:

“Malen“

Malen ist mein Gebet.
Malen ist meine Wirklichkeit.
Malen ist meine Schöpfung und Erschöpfung.
Malen ist ein Teil von uns
und dir.
Malend bin ich sehend.
Malend bin ich verbunden.
Malend finde ich Kraft.
Malen ist meine Heilung.

Hier kommt der körperliche Prozess zum Ende, dagegen der geistig seelische Prozess geht dem Heilsein zu.

In seiner medizinischen Dissertation hat Frank Fischer versucht, für diesen maltherapeutischen Prozess eine wissenschaftliche Sprache zu finden. Er ließ sich dabei wesentlich von der Wahrnehmungsphänomenologie des französischen Philosophen Maurice Merleau-Ponty leiten.

V Forschung

Die Auseinandersetzung innerhalb Künstlerischer Therapien geht im Augenblick vor allem um die Methoden der Forschung (Petersen 2002).

Insgesamt hat sich in den letzten 30 Jahren eine umfangreiche Forschungsliteratur über Künstlerische Therapien entwickelt, zunächst vor allem im angelsächsischen, neuerdings im deutschen Sprachraum. Dabei geht es um Grundlagen, um den Prozess und neuerdings um die Wirksamkeit. Es dürfte Aufgabe künstlerischer Therapeuten sein, die Wirksamkeit nicht dem Prinzip der kausalen Mechanik und der Reproduzierbarkeit unterzuordnen, sondern darauf zu beharren: Die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien kann nur nach dem Prinzip von Komplexität beurteilt werden. Leitende Prinzipien dürften dabei sein, der sechsgliedrige Transformationsprozess, die vierdimensionale individuelle Beziehung, die Vielgliedrigkeit der Sinneswahrnehmungen, vor allem aber die Verschiedenartigkeit einzelner Patienten mit ihren höchst individuellen Voraussetzungen für verschiedene Sinneserlebnisse. Diese Wirksamkeitsforschungen können durchaus auch quantitativ durchgeführt werden, sie müssen aber qualitativen Prinzipien gehorchen. Die Forschungen von Dagmar Gustorf und auch die Dissertation von Frank Fischer können dabei wegleitend sein.

VI Schluss: Hoffnung im Gegenwind

Die Zeichen der Zeit, der mechanistische mainstream der zeitgenössischen Medizin, sind gewiss voller Widersprüche, wenn Künstlerische Therapie und das Schöpferische in der Heilkunde kultiviert werden wollen. Aber jeder Einzelne ist von uns an seinem Platz dazu herausgefordert, künstlerisches Denken und Handeln in der Heilkunde wieder zur Renaissance zu bringen – denn bis zur Zeit der so genannten romantischen Medizin um 1830 war dieses Denken und Handeln offiziell legitim.

In dieser Herausforderung können wir uns durch Worte von Vaclav Havel ermutigen lassen: „Je ungünstiger die Situation ist, in der wir unsere Hoffnung zu bewahren haben, um so tiefer ist unsere Hoffnung.“

Die jüdisch-deutsche Dichterin Rose Ausländer lässt uns wissen: Hoffnung ist immer offen, sie ist nicht mit eingrenzender Erwartung zu verwechseln und wir haben sie in kleinen Schritten zu leben:

Hoffnung III

Häng deine Regenbogenfahne
über deine Hoffnung
die kämmt geduldig
das zähe Zukunftshaar
und singt ein Lied
das viele verlockt
mitzusingen.

VII Literatur

- Ausländer, Rose Gesammelte Werke Band V
„Ich höre das Herz des Oleanders“
Frankfurt: Fischer 1984
- Fischer, Frank „Malen ist meine Heilung“
(Eine phänomenologisch orientierte Untersuchung über
Bewusstseinsvorgänge in der Maltherapie am Beispiel
einer an Morbus Hodgkin erkrankten Frau) Dissertation
Medizinische Hochschule Hannover 2003
- Fischer, Frank Von Kunst und Heilung (auf dem Weg zu einer
systematischen Phänomenologie Künstlerischer
Therapien) Aachen: Shaker-Verlag 2005
- Gustorff, Dagmar und
Hannich, Hans-Joachim Jenseits des Wortes (Musiktherapie mit komatösen
Patienten auf der Intensivstation) Bern/Göttingen/
Toronto/Seattle: Hans Huber 2000
- Küwen, Margareta und
Borchert, Elke Heilendes Malen: Ein kunsttherapeutischer Weg
(Geschichte der Maltherapie einer Patientin mit Morbus
Hodgkin) zahlreiche farbige Bilder, Bremen:
Donat 2000
- Petersen, Peter Von der Notwendigkeit der Kunst in der Medizin
in: P. Petersen und andere (Hrsgb.) Psychosomatik in
Geburtshilfe und Gynäkologie, 1993, Heidelberg/Berlin
u. a.: Springer 1993
- Petersen, Peter Der Therapeut als Künstler
(Ein integrales Konzept von Künstlerischen Therapien
und Psychotherapien) 4. Auflage, Stuttgart: Mayer 2000
- Petersen, Peter Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien
(Grundlagen – Projekte – Vorschläge) Stuttgart: Mayer
2002

Professor Dr. med. Peter Petersen
Kauzenwinkel 22
30627 Hannover
Telefon: 0511/5490633
Telefax: 0511/5490636
E-Mail: Prof.Peter.Petersen@t-online.de

Leitlinie für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen

Konsensus-Workshop am 23.-24. Januar 2006, Deutsche Rentenversicherung (DRV) Berlin
Harald Gruber/Barbara Wichelhaus

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV), ein Kostenträger für die Rehabilitation von verschiedenen somatischen und psychischen Erkrankungen beabsichtigt in den nächsten Jahren für einige wichtige Erkrankungen Behandlungsleitlinien zu erstellen. Dafür werden Leistungsstandards zugrundegelegt, die Reha-Kliniken für entsprechende Indikationen zu erfüllen haben. Zur Definition der Standards der Leitlinie für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen waren ca. 35 Experten zu einem Konsens-Workshop eingeladen, vor allem aus der Medizin, aber auch aus Sozialarbeit, Ergotherapie, Künstlerische Therapien und Psychologie. Außerdem nahmen sechs MitarbeiterInnen der DRV teil.

Vorausgegangen waren eine Reihe von Vorarbeiten in mehreren relevanten Rehabilitationsbereichen für Mamma Ca, deren Ergebnisse in einem Materialband zusammengefasst die zentrale Grundlage des Konsensus-Workshop bildeten.

Für die hier definierten 14 Therapiemodelle wurden die Ergebnisse zu folgenden Untersuchungen zusammenfassend dokumentiert:

- Systematische Literaturanalyse
- Definition von Therapiemodulen und Abgleich mit den KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen) Daten von 2003
- Postalische Expertenbefragung zur inhaltlichen und formalen Ausgestaltung der angedachten Therapiemodelle

Auf dieser Grundlage wurden in drei moderierten Arbeitsgruppen Empfehlungen zur inhaltlichen, formalen und organisatorischen Ausgestaltung der Leitlinie für Mamma Ca erstellt.

Die Arbeitsgruppen waren aufgeteilt in:

1. **Biologisch-dynamische Interventionen.** Therapiemodule: Lymphödembehandlung, Sport-, Physiotherapie, Massage, Ernährung
2. **Psychoonkologische Interventionen:** Therapiemodule: Entspannungsverfahren, Psychologische Interventionen/Therapie, Information, Motivation, Schulung
3. **Ergotherapeutische, Künstlerisch-therapeutische und sozialdienstliche Interventionen** Therapiemodule: Ergotherapie, Künstlerische Therapien, Soziale Beratung, Unterstützung der beruflichen Integration, Organisation weitergehender Maßnahmen

Leitfragen an die Arbeitsgruppen waren:

- Was sind die Inhalte der jeweiligen Therapiemodule?
- Wie, wie oft und in welchem Umfang sollen Leistungen aus dem jeweiligen Therapiemodul erbracht werden?
- Welche Patientinnen sollen Leistungen aus dem jeweiligen Therapiemodul erhalten?

Arbeitsgruppe: Ergotherapeutische, Künstlerische und sozialdienstliche Interventionen

In dieser Arbeitsgruppe wurden insgesamt 5 Therapiemodule thematisiert: 3 Module im Bereich der Sozialarbeit, 1 Modul für Ergotherapie, 1 Modul für Künstlerische Therapien

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe:

3 Sozialarbeiter, 1 Ergotherapeutin, 2 Künstlerische Therapeuten, 2 Chefärzte, 2 DRV Mitarbeiter (Arzt, Psychologin) und eine Leitlinienkoordinatorin (Psychologin)

Die einzelnen Therapiemodule wurden zunächst nach der Frage eingeschätzt, ob sie **essentiell, ergänzend** oder **nicht wichtig** für die Leitlinie der Behandlung von Mamma Ca Patientinnen sind.

Danach wurden einzelne Therapieelemente besprochen, der **zeitliche Umfang** der zu erbringenden **Leistung pro Woche** geklärt, die **Frequenz pro Woche** und die **Mindestanzahl der Therapiesitzungen pro Reha** sowie der **Mindestanteil aller zu behandelnden Mamma Ca Patientinnen**. Zum Abschluß wurden die Fragen zu den Indikationen für die jeweiligen Therapieformen erörtert.

Als Vertreter der Künstlerischen Therapien mussten wir (Dr. H. Gruber und Prof. in Dr. B. Wichelhaus) mit den beteiligten Arbeitsgruppenmitgliedern zuerst die Notwendigkeit unserer Therapieform erläutern (verteidigen), den Umfang pro Reha bestimmen und klären für wie viele Patientinnen unsere Therapieform in jeder Einrichtung angeboten werden sollte. Dieser zu findende „Schätzwert“ wurde heiß umkämpft, da die anwesenden Klinikchefs ihren Stellenschlüssel „im Kopf hatten“ und eine nur auf ihre Einrichtung bezogene Wertigkeit anerkannten und durchsetzen wollten.

Das Ergebnis kann sich trotzdem sehen lassen: Die Therapieform ist **essentiell, sollte 2-3 Stunden pro Woche und insgesamt mindestens 5 Mal pro Reha für mindestens 25% der Mamma Ca Patientinnen pro Einrichtung angeboten werden** (dazu einen Hintergrundinformation: die DRV hat im Jahr 2003 für knapp 26.000, Mamma Ca Patientinnen eine Rehamaßnahme bezahlt).

Resumée:

Wenn die DRV die Vorschläge der Expertenkommission annehmen sollte, dann können wir von einem schönen Ergebnis sprechen